

* ウーベル保険 *

申込締切 5/6(金)

賠償責任・団体所得補償保険加入のご案内

保険種類	タイプ・掛金	申込時期	適用時期	引受保険会社
賠償責任 ※1・2 (掛金は、裏面に記載)	①施術所開設者 (開設者・往診をしている方【従業員で往診をしているものを含む】) ・施療に起因する事故(施設内) ・管理上の責任(施設内)、従業員による事故、併設の駐車場内での事故 ・その他(出張など)自動車やバイク以外での事故、施療に起因しない事故	* 毎年申込。	H23.6.1 ～ H24.6.1	東京海上日動火災保険株式会社
	②勤務施術師等 (治療院内従業員のみで①に該当しない方) ・施療に起因する事故(勤務先・出張先)が対象。			
団体所得補償	掛金: 1000円 × 口数 × 加入月数	* 自動継続。 新規申込み期限は5/7(金)	H23.8.1 ～ H24.8.1	三井住友海上保険株式会社

※1 当会は賠償責任保険への加入を推奨しております。对患者様の業務は時として個人だけの責任だけで背負いきれない場合があります。この機会にぜひお申込ください。

※2 補償される内容について
 基本的には過去の判例を元に判断しますが前例がなく判断できない場合裁判を起こす場合もあります。
 主に治療費が対象となりますが個々のケースによります。

* ご質問・ご相談は上記「ウーベル保険事務所」大羽様までお問い合わせください。
 TEL : 03-3553-8552
 FAX 03-3553-8553

■ 締切後のお申込について

締切りを過ぎてからのお申込は、師会本部へ随時お問い合わせください。

尚、当月20日までにお申込・入金いただいた場合、翌月1日加入扱いとなります。

(21日以降は翌々月1日加入扱いとなります。)

一般社団法人 東京都はり灸マッサージ師会

賠償責任保険加入保険料

タイプ①

※開設者または往診をしている方

加入月	保険期間	業務危険	短期率	施設危険	保険料(円)	経費込(円)
6月	1年(2011/06/01 ~2012/06/01)	8,160	1	1,570	¥9,730	¥10,930
7月	11ヶ月	7,750	0.95	1,490	¥9,240	¥10,440
8月	10ヶ月	7,340	0.9	1,420	¥8,760	¥9,960
9月	9ヶ月	6,940	0.85	1,330	¥8,270	¥9,470
10月	8ヶ月	6,530	0.8	1,250	¥7,780	¥8,980
11月	7ヶ月	6,120	0.75	1,180	¥7,300	¥8,500
12月	6ヶ月	5,710	0.7	1,100	¥6,810	¥8,010
1月	5ヶ月	5,300	0.65	1,020	¥6,320	¥7,520
2月	4ヶ月	4,490	0.55	860	¥5,350	¥6,550
3月	3ヶ月	3,670	0.45	710	¥4,380	¥5,580
4月	2ヶ月	2,860	0.35	550	¥3,410	¥4,610
5月	1ヶ月	2,040	0.25	390	¥2,430	¥3,630

タイプ②

※ 従業員として治療院内のみで勤務する方(従業員であっても往診する場合は、タイプ①に加入)

加入月	保険期間	業務危険	短期率	保険料(円)	経費込(円)
6月	1年(2011/06/01 ~2012/06/01)	7,810	1	¥7,810	¥9,010
7月	11ヶ月	7,420	0.95	¥7,420	¥8,620
8月	10ヶ月	7,030	0.9	¥7,030	¥8,230
9月	9ヶ月	6,640	0.85	¥6,640	¥7,840
10月	8ヶ月	6,250	0.8	¥6,250	¥7,450
11月	7ヶ月	5,860	0.75	¥5,860	¥7,060
12月	6ヶ月	5,470	0.7	¥5,470	¥6,670
1月	5ヶ月	5,080	0.65	¥5,080	¥6,280
2月	4ヶ月	4,300	0.55	¥4,300	¥5,500
3月	3ヶ月	3,510	0.45	¥3,510	¥4,710
4月	2ヶ月	2,730	0.35	¥2,730	¥3,930
5月	1ヶ月	1,950	0.25	¥1,950	¥3,150

賠償責任・団体所得補償保険 申込用紙

5/6(金) 締切

・ FAX 【 042-668-2122 】または郵送にてお申込ください。

下記内容をご記載ください。

はり、灸、あんまマッサージ指圧師 賠償責任保険

→ 【 タイプ① ・ タイプ② 】

→ * H23年 月より 【 新規 ・ 継続 】

団体所得補償保険 → 口 (1口あたり1,000円×加入月数)

* H23年 月より新規申込

例)8月加入、3口→3000円×12ヶ月=36000円

氏名	() 性別(男・女)
生年月日	【(西暦) 19____ 年 ____ 月 ____ 日生】
* 治療院名 (出張のみは記入不要)	
* 治療院住所 (出張のみは記入不要)	〒 _____ 都・県
* 治療院電話番号	()

・ 個人情報、提携保険会社との保険加入時の契約以外での使用はいたしません。

お申込先 : 〒193-0832 東京都八王子市散田町3-12-7
一般社団法人 東京都はり灸マッサージ師会
TEL 042-663-4054 FAX 042-668-2122